

口座振込依頼書

令和 年 月 日

多可赤十字病院長 様

1. 貴院より当社に対する支払代金は、右記銀行口座にお振込み下さい。
2. 貴院が右記口座へ振込み手続きを完了したときをもって当社が代金を受領したものとします。
3. 振込手数料は、当社にて負担します。
4. 本書の記載事項に変更があった場合は速やかに連絡するとともに、改めて当依頼書を提出します。

住 所

社 名

代 表 者 名

⑩

電 話 番 号

F A X 番 号

振込銀行口座

銀行

支店

(銀行コード

) (支店コード

)

フ リ ガ ナ

口 座 名 義

種 別

当座預金

・ 普通預金

・ 総合

口 座 番 号

本書の提出により原則として領収書は発行いたしません。

ただし、領収書の発行を要するものは当社の責任において発行のうえ送付します。